

BAB 2

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut Depkes RI dalam UU No.44 Tahun 2009 tentang rumah sakit menyatakan bahwa institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat yang mencakup pelayanan medik dan pelayanan penunjang medik.

Sementara itu menurut PermenkesNo.340/MENKES/PER/III/2010 Rumah Sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan.

2.1.2 Jenis Pelayanan Rumah Sakit

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/MENKES/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit, standar Pelayanan Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan antara lain ditetapkan sebagai berikut:

1. Rumah Sakit harus menyelenggarakan manajemen informasi kesehatan yang bersumber pada rekam medis yang handal dan professional.

2. Adanya petugas rekam medis dan manajemen informasi kesehatan yang bertanggung jawab pada pimpinan rumah sakit dengan tugas sebagai berikut:
 - a. Menentukan standar dan kebijakan pelayanan.
 - b. Mengusulkan bentuk formulir rekam medis.
 - c. Menganalisis tingkat kualitas informasi dan rekam medis rumah sakit.
 - d. Menentukan jadwal dan materi rapat rutin panitia rekam medis dan manajemen informasi kesehatan.
3. Unit rekam medis dan manajemen informasi kesehatan dipimpin oleh kepala dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman yang sesuai.
4. Unit rekam medis dan manajemen informasi kesehatan mempunyai lokasi sedemikian rupa sehingga pengambilan dan distribusi rekam medis lancar.
5. Ruang kerja harus memadai bagi kepentingan staf, penyimpanan rekam medis, penempatan (*microfilm, computer, printer, dll*) dengan pengertian:
 - a. ruang penyimpanan cukup untuk berkas rekam medis aktif yang masih digunakan.
 - b. Ruang penyimpanan cukup untuk berkas rekam medis non aktif yang tidak lagi digunakan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
6. Ruang yang harus cukup menjamin bahwa rekam medis aktif dan non aktif tidak hilang, rusak, atau diambil oleh orang yang tidak berhak.

7. Rekam medis adalah sumber manajemen informasi kesehatan yang handal yang memuat informasi yang cukup, tepat waktu, akurat, dan dapat dipercaya bagi semua rekaman pasien rawat jalan, rawat inap, atau gawat darurat dan pelayanan lainnya.
8. Harus ada sistem identifikasi, indeks, dan sistem dokumentasi yang memudahkan pencarian rekam medis dengan pelayanan 24 jam.
9. Harus ada kebijakan informasi dalam rekam medis agar tidak hilang, rusak, atau digunakan oleh orang yang tidak berhak.
10. Dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya bertanggung jawab akan kebenaran dan ketepatan pengisian rekam medis. Hal ini diatur dalam anggaran dasar peraturan dan panduan kerja rumah sakit, adalah sebagai berikut:
 - a. Riwayat penyakit dan hasil pemeriksaan sudah harus lengkap dalam 24 jam setelah pasien dirawat dan sebelum tindakan operasi.
 - b. Tindakan pembedahan dan prosedur lain harus segera dilaporkan setelah tindakan paling lambat pada hari yang sama.
 - c. Termasuk ringkasan keluar (*resume* medis sudah harus dilengkapi paling lambat 14 hari setelah pasien pulang) kecuali bila tes dan atau otopsi belum ada.
 - d. Semua rekam medis diberi kode dan indeks dalam waktu 14 hari setelah pasien pulang.
11. Harus ada kebijakan rumah sakit mengenai rekam medis baik *resume* medis aktif maupun non aktif.

12. Ada kebijakan dan peraturan prosedur yang dapat ditinjau setiap 3 bulan.
13. Rekam medis harus rinci bagi berbagai kepentingan:
 - a. Ada informasi efektif antar dokter dan perawat atau tenaga kesehatan.
 - b. Konsulen mendapatkan informasi yang dibutuhkan.
 - c. Dokter lain dapat menilai pelayanan pasien.
 - d. Dapat menilai kualitas pelayanan secara *retrospektif*.
 - e. Pasien mendapatkan informasi yang berkesinambungan tentang perawatan.
14. Pengisian rekam medis hanya dilakukan oleh yang berhak di rumah sakit, pasien yang masuk diberi catatan tanggal, jam dan nama pemeriksaan.
15. Singkatan dan simbol dipakai, diakui, dan berlaku umum.
16. Semua laporan asli oleh tenaga kesehatan disimpulkan dalam rekam medis.
17. Tiap rekam medis meliputi identifikasi pasien:
 - a. Nomor rekam medis atau nomor registrasi.
 - b. Nama lengkap pasien.
 - c. Alamat lengkap.
 - d. Orang yang perlu dihubungi.
18. Tanda peringatan atau bahaya, misalnya pasien alergi sesuatu ditulis di sampul depan berkas rekam medis.

19. Rekam medis mencantumkan diagnosis sementara dan diagnosis akhir saat pasien pulang.
20. Rekam medis mencakup riwayat pasien yang berkaitan dengan kondisi penyakit pasien yang meliputi:
 - a. riwayat penyakit keluarga.
 - b. Keadaan sosial.
 - c. Riwayat dan perjalanan penyakit dan keadaan sekarang.
21. Pasien operasi atau tindakan khusus harus disertai izin operasi hanya pasien dengan kondisi khusus tertentu diberikan *Informed Consent*.
22. Setiap pemberi pelayanan kesehatan oleh para petugas kesehatan wajib disertai dengan pemberian catatan pada berkas rekam medis.
23. Rekam medis atau persalinan atau operasi atau anestesi, atau dengan ketentuan khusus. Rekam medis penyakit kronis, penyakit menahun memiliki prosedur manajemen informasi kesehatan secara khusus.
24. Setiap diagnosis/tindakan khusus pasien diberi kode klasifikasi penyakit berdasarkan standar yang berlaku.
25. Dalam waktu 14 hari setelah pasien pulang, ringkasan keluar (*resume* medis) sudah harus dilengkapi.
26. Pelayanan rekam medis merupakan bagian dari program pengendalian mutu rumah sakit.

2.1.3 Indikator Kinerja Kelengkapan Rekam Medis Di Rumah Sakit

Menurut (Huffman, 2008) indikator kinerja rumah sakit yang telah disepakati salah satunya yaitu kelengkapan rekam medis. Dengan tujuan terlengkapinya pengisian rekam medis di rumah sakit yang akan meningkatkan

mutu pelayanan, pendidikan, penelitian dan perlindungan hukum. Rekam medis dikatakan lengkap apabila rekam medis tersebut telah berisi seluruh informasi tentang pasien termasuk resume medis, keperawatan dan seluruh hasil pemeriksaan penunjang serta telah diparah oleh dokter yang bertanggung jawab. Waktu maksimal masuk ke bagian rekam medis adalah 2 x 24 jam untuk rawat inap dan untuk rawat jalan dan rawat darurat < 24 jam. Frekuensi pembaharuan data dan periode dilakukannya analisis setiap tiga bulan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Pengertian Rekam Medis

Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, *anamneses*, pemeriksaan fisik, laboratium, diagnosis serta segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang di rawat inap, rawat jalan maupun mendapatkan pelayanan gawat darurat (Basuki, 2019).

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.269/MENKES/PER/III/2008, rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam medis merupakan bukti tertulis maupun rekaman tentang identitas, *anamneses*, penentuan fisik laboratorium, diagnosis serta segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan atau perawatan, hal ini merupakan cerminan kerja sama lebih dari satu orang tenaga kesehatan untuk menyembuhkan pasien (Rustyanto, 2009).

Rekam medis rumah sakit merupakan satu-satunya catatan yang dapat memberikan informasi mendetail tentang apa yang sudah terjadi dan dilakukan selama pasien itu dirawat di rumah sakit dan suatu rekam medis yang baik memungkinkan rumah sakit untuk mengadakan *rekonstruksi* yang baik mengenai pemberian pelayanan kepada pasien serta memberikan gambaran untuk dinilai apakah perawatan dan pengobatan yang diberikan, dapat diterima atau tidak dalam situasi dan keadaan demikian.

Dalam artian sederhana rekam medis hanya merupakan catatan dan dokumen yang berisi tentang kondisi keadaan pasien, tetapi jika dikaji lebih mendalam rekam medis mempunyai makna yang lebih kompleks tidak hanya catatan biasa, karena didalam catatan tersebut sudah tercermin segala informasi menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar di dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medis lainnya yang diberikan kepada seorang pasien yang datang kerumah sakit (Mangentang, 2015).

2.2.2 Tujuan Rekam Medis

Tujuan dibuatnya rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit, tanpa dukungan suatu sistem pengelolaan rekam medis baik sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Santosa, Rosa and Nadya, 2014).

2.2.3 Manfaat Rekam Medis

Menurut Peremenkes No.269 Tahun 2008 menyebutkan bahwa rekam medis memiliki manfaat rekam medis, sebagai berikut:

- a. Rekam medis bermanfaat bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap dan meningkatkan kualitas pelayanan untuk meningkatkan kualitas.
- b. Rekam medis bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan, dan tindakan medis yang harus diberikan kepada pasien.
- c. Pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.
- d. Rekam medis yang merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis pengobatan dan tindakan medis bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.
- e. Rekam medis dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dan pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan.
- f. Rekam medis digunakan sebagai bahan statistik kesehatan.
- g. Rekam medis digunakan sebagai alat bukti tertulis sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin, dan etik.

2.2.4 Resume Medis

Informasi yang ada dalam ringkasan riwayat pulang (resume) menurut Hatta (2011) adalah ringkasan seluruh perawatan dan pengobatan pasien yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan, dan harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien. Informasi yang terdapat dalam lembaran resume terdiri dari jenis

perawatan, reaksi tubuh pada pengobatan, kondisi saat pulang dan tindak lanjut setelah pasien pulang.

Kelengkapan resume medis ini diperkuat lagi di dalam Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 Bab II pasal 4 menyebutkan bahwa:

1. Ringkasan pulang sebagaimana diatur dalam pasal 3 ayat (2) harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien.
2. Isi ringkasan pulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sekurang-kurangnya memuat:
 - a. Identitas pasien
 - b. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat
 - c. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut
 - d. Nama dan tanda tangan dokter yang memberikan pelayanan kesehatan.

2.3 Nilai Guna Rekam Medis

Kegunaan rekam medis yang sering disebut dengan *CIALFRED* (*Communication, information, Administration, Legal, Financial, Research, Education, Documentation*) yaitu:

a. *Communication* (Aspek Komunikasi)

Adalah alat komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan, pengobatan, dan perawatan pasien.

b. *Information* (Aspek Informasi)

Adalah perencanaan pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

c. *Administration* (Aspek Administrasi)

Adalah adanya nilai administrasi dalam suatu rekam medis dikarenakan bahwa isinya menyangkut tindakan-tindakan berdasarkan wewenang dan tanggungjawab sebagai tenaga medis.

d. *Legal* (Aspek Hukum)

Adalah jaminan kesehatan atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan serta persediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan

e. *Financial* (Aspek Keuangan)

Adalah nilai keuangan karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan medis di RS, tanpa adanya catatan tindakan pelayanan maka pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan.

f. *Research* (Aspek Penelitian)

Adalah bahwa isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

g. *Education* (Aspek Edukasi)

Adalah isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dari kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.

h. *Documentation* (Aspek Dokumentasi)

Adalah sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai bahan pertanggungjawaban dan pelaporan rumah sakit.

Proses analisa rekam medis ditujukan kepada dua hal yaitu:

A. Analisa Kuntitatif

1. Pengertian

Suatu review untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap atau menemukan kekurangan yang berkaitan dengan pencatatan data rekam medis.

2. Tujuan

Untuk mengidentifikasi bagian yang tidak lengkap yang dapat dikoreksi dengan dibuat adanya suatu prosedur. Sehingga rekam medis menjadi lengkap dan dapat dipakai untuk pelayanan medis pasien.

3. Analisa Kuantitatif dapat dilakukan dengan dua cara yaitu:

- a. *Retrospective Analysis*: sesudah pasien pulang.
- b. *Concurrent Analysis*: saat pasien masih dirawat.

4. kategori

a. Review Identifikasi

Mengidentifikasi setiap halaman, untuk identifikasi pasien jika terdapat yang hilang harus direview ulang.

b. Review Autentifikasi

Memastikan bahwa harus terdapat tanggal pelayanan, nama terang, tanda tangan dan nama petugas.

c. Review Pelaporan

Ada beberapa laporan tertentu yang ada di dokumen rekam medis dalam pelayanan kesehatan, sedangkan laporan lain harus

disesuaikan pelayanan dalam penyakit pasien selama dirawat di rumah sakit.

d. Review Pencatatan

Memeriksa pencatatan yang tidak lengkap, tidak jelas, dan tidak terbaca, serta tidak boleh ada singkatan dalam pencatatan.

B. Analisa Kualitatif

1. Pengertian

Suatu review pengisian Formulir Ringkasan Masuk Keluar yang berkaitan tentang kekonsistenan dan isinya merupakan bukti bahwa Formulir Ringkasan Masuk Keluar tersebut akurat dan lengkap.

2. Tujuan

- a. Mendukung aktifitas dan resiko manajemen.
- b. Merupakan aktifitas dari resiko manajemen.
- c. Membantu “menentukan kode penyakit dan tindakan yang lebih spesifik, penelitian medis, studi administratif dan untuk pencegahan”.
- d. Peringatan akan pencatatan yang kurang.
- e. Tidak boleh untuk diubah atau dibuat ulang, harus dilakukan secara diplomasi.
- f. Identifikasi catatan yang tidak konsisten dan yang tidak ada mungkin juga akan mencerminkan pelayanan klinis yang berpotensi untuk pembayaran ganti rugi.
- g. Kelengkapan *Informed consent* sesuai dengan peraturan yang diterapkan.

3. Analisa Kualitatif dapat dilakukan dengan dua cara yaitu:

- a. *Retrospective Analysis*: sesudah pasien pulang
- b. *Concurrent Analysis*: saat pasien masih dirawat

4. Kategori

- a. Review kelengkapan dan kekonsistenandiagnosis.

Diagnosis saat masuk yang meliputi diagnosis tambahan, diagnosis turunan, diagnose sebelum operasi, diagnosis setelah operasi, diagnosis dari hasil Patologi Anatomi, diagnosis klinis, diagnosis akhir dan prosedur, diagnosis akhir dan diagnosis kedua atau lain.

- b. Review kekonsistenan pencatatan diagnosis.

Kekonsistenan merupakan suatu penyesuaian antara 1 bagian dengan bagian lain dan seluruh bagian. Diagnosis dari awal sampai dengan akhir harus konsisten. Pencatatan harus mencerminkan perkembangan informasi mengenai kondisi pasien. Hanya gejala-gejala dan hasil pemeriksaan, hasil operasi, hasil pemeriksaan, dan diagnostik lain serta pernyataan tindakan harus konsisten.

- c. Review adanya *informed consent* yang harus ada.

Review ini menjelaskan surat pernyataan persetujuan pasien mengenai pengobatan dan penjelasan mengenai efek samping obat atau tindakan dari dokter.

- d. Review pencatatan hal-hal yang harus dilakukan saat perawatan dan pengobatan.

Rekam medis menjelaskan keadaan pasien selama dirawat dan harus menyimpan seluruh hasil pemeriksaan dan pencatatan tindakan yang telah dilakukan kepada pasien.

e. Review cara pencatatan

Review ini menjelaskan harus terdapatnya waktu pencatatan, tulisan jelas, penulisan dilakukan dengan hati-hati dan menggunakan singkatan yang umum agar dapat dibaca dengan jelas.

f. Review hal-hal yang berpotensi menyebabkan tuntutan ganti rugi.

Rekam medis harus mempunyai semua catatan mengenai kejadian yang dapat menyebabkan potensi tuntutan kepada institusi pelayanan sendiri, baik oleh pasien maupun pihak ketiga.

5. Jadwal analisis

Pada Rawat Jalan setiap hari atau berkala sedangkan Rawat Inap dilakukan perhari, perminggu, perbulan, dan pertahun.

2.3.1 Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Resume Medis

1. Kurangnya pengetahuan dari dokter atau perawat tentang pentingnya kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien dalam bukti pertanggungjawaban dari bukti hukum.
2. Dokter dan perawat yang sibuk akan pekerjaannya.
3. Masa kerja dokter dan perawat/tenaga kesehatan.
4. Status kepegawaian dokter dan perawat atau tenaga medis.
5. Desain formulir rekam medis.

6. Dokter dan perawat yang lama dalam melengkapi data rekam medis pasien dan dokter/perawat yang lupa dalam melengkapi data rekam medis pasien.
7. Karakteristik dokter, usia dokter, jenis kelamin dokter, jenis keahlian dokter, dan pendidikan dokter.
8. Latar belakang pendidikan tenaga kesehatan, keterampilan, motivasi, alat kerja, sarana kerja, pedoman tertulis, waktu kerja, dan kepatuhan terhadap pedoman.
9. Dokter lebih mengutamakan memberikan pelayanan terhadap banyaknya pasien sehingga dokter berusaha untuk memberikan pelayanan dengan cepat, terbatasnya jumlah dokter, kurangnya kerjasama antar perawat dan petugas rekam medis, kurang pedulinya dokter terhadap rekam medis.

2.3.2 Faktor Klasifikasi Pengetahuan Petugas

1. Usia

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari pada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya.

2. Tingkat Pendidikan

Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah dalam menerima informasi, sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang

dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru dikenal.

3. Lama Kerja

Semakin lama masa kerja otomatis mempunyai pengalaman kerja yang banyak dan dapat bekerja secara baik. Lama kerja menurut Handoko, 2002 dapat dikategorikan menjadi 3 yaitu: a. Lama bekerja kategori baru: 0-1 tahun, b. Lama bekerja kategori sedang: 1-3 tahun, c. Lama bekerja kategori lama: 3 tahun.

2.3.3 Metode

Metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas dalam memberikan berbagai pertimbangan kepada sasaran, fasilitas yang tersedia dan penggunaan waktu serta uang dan kegiatan usaha (Safri, 2017). SPO adalah petunjuk tertulis guna menerangkan para pekerja bagaimana memproses pekerjaan, untuk apa mereka bertanggungjawab dan melaksanakannya sesuai dengan sistem serta prosedur yang disetujui (Mutaqin and Sumiati, 2019). Jika SPO dijalankan dengan benar, maka RS akan mendapatkan banyak manfaat dari penerapan SPO tersebut.

Adanya SPO yang menjadi acuan petugas rekam medis memudahkan petugas rekam medis dalam kegiatan evaluasi ketidaklengkapan pengisian rekam medis pasien rawat inap pada ruang BKIA namun masih kurangnya sosialisasi SPO kepada dokter dan perawat di ruang BKIA sehingga terjadi kurangnya penerapan yang seharusnya dijadikan acuan dan sebagai dasar untuk mereka bertugas dalam melengkapi pengisian berkas rekam medis pasien rawat inap.

2.4 Fungsi Assembling, Koding / Indeksing, dan *Filling* dalam Pelayanan Rekam Medis

1. Fungsi *Assembling*

Yaitu salah satu bagian di unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok:

- a. Merakit kembali formulir-formulir dalam DRM dari rawat jalan, gawat darurat, dan rawat inap menjadi urutan atau runut sesuai dengan kronologis penyakit pasien yang bersangkutan.
- b. Meneliti kelengkapan data yang tercatat di dalam formulir rekam medis sesuai dengan kasus penyakitnya.
- c. Mengendalikan DRM yang kembali ke unit pencatat data karena isinya tidak lengkap.
- d. Mengendalikan penggunaan nomor rekam medis.
- e. Mendistribusikan dan mengendalikan penggunaan formulir-formulir rekam medis.

2. Fungsi koding / Indeksing

Yaitu salah satu bagian di unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok:

- a. Mencatat dan meneliti serta menetapkan kode penyakit, kode operasi, kode sebab kematian dari diagnosis dokter atau tenaga kesehatan tertentu.
- b. Mencatat dan menyimpan indeks penyakit, indeks operasi, indeks sebab kematian dan indeks dokter.

- c. Penyedia informasi nomor-nomor rekam medis yang bersangkutan untuk berbagai keperluan.
- d. Membuat laporan penyakit dan laporan kematian berdasarkan indeks penyakit, operasi dan sebab kematian.

3. Fungsi *Filling*

Yaitu salah satu bagian di unit rekam medis yang mempunyai tugas pokok:

- a. Menyimpan DRM dengan metode tertentu sesuai dengan kebijakan penyimpanan DRM.
- b. Mengembalikan kembali DRM untuk berbagai keperluan.
- c. Penyusutan (merentensi) DRM sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan sarana pelayanan kesehatan.
- d. Memisahkan penyimpanan DRM in – aktif dari DRM yang aktif
- e. Membantu dalam penilaian nilai guna rekam medis.
- f. Menyimpan DRM yang dilestarikan.
- g. Membantu dalam pelaksanaan pemusnahan formulir DRM.

2.5 Isi Dokumen Rekam Medis

Dalam menentukan isi rekam medis, para petugas medis memerlukan acuan yang benar sehingga tidak ada kesalahan ataupun hal yang tertinggal mengenai data atau keterangan yang menyangkut kepentingan perawatan pasien. Untuk itu berdasarkan Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008, membagi isi rekam medis berdasarkan kondisi pasien yang sedang menjalani perawatan.

Menurut pasal 3 ayat (1) Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008, isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan memuat:

- a. Identitas pasien.
- b. Tanggal dan waktu.
- c. Hasil *anamneses*, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit.
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
- e. Diagnosis.
- f. Rencana penatalaksanaan.
- g. Pengobatan dan/atau tindakan.
- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan.
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan.
- j. Ringkasan pulang (*discharge summary*).
- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.

Pasal 3 ayat (2) Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008, isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari memuat:

- a. Identitas.
- b. Tanggal dan waktu.
- c. Hasil anamnesis, mencakup sekurang - kurangnya keluhan dan riwayat penyakit.
- d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
- e. Diagnosis.
- f. Rencana penatalaksanaan.

- g. Pengobatan dan/atau tindakan.
- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan.
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan.
- j. Ringkasan pulang (*discharge summary*).

Pasal 3 ayat (2) Permenkes RI Nomor 269/Menkes/Per/III/2008, isi rekam medis untuk pasien gawat darurat memuat:

- a. Identitas pasien.
- b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan.
- c. Identitas pengantar pasien.
- d. Tanggal dan waktu
- e. Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit.
- f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik.
- g. Diagnosis.
- h. Pengobatan dan/atau tindakan.
- i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
- j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga pelayanan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain.

Rekam medis harus diisi dengan jelas, benar, lengkap dan tepat waktu oleh petugas yang berwenang waktu adalah penyelesaian atau pengisian rekam medis

sesuai dengan batas waktu yang telah ditetapkan dalam pedoman tertulis, 2 x 24 jam berkas rekam medis kembali dari ruangan ke rekam medis.

2.6 Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis

Dokumen rekam medis dikatakan lengkap apabila didalam dokumen tersebut identitas pasien, maupun informasi penting lainnya dicatat dengan lengkap. Informasi dokumen tersebut harus dengan baik dan sesuai dengan prosedur yang ada.

1. Dokumen rekam medis yang sudah selesai dirawat diserahkan oleh petugas menggunakan buku ekspedisi pengembalian
2. Petugas *assembling* melakukan pemeriksaan kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap sehingga dapat dipisahkan yang lengkap dan yang belum lengkap
3. Dokumen rekam medis yang belum lengkap diserahkan kembali ke unit yang bertanggungjawab dengan buku ekspedisi
4. Dokumen rekam medis yang sudah lengkap diatur sesuai dengan urutan dokumen rekam medis yang diserahkan ke bagian *filling* atau penyimpanan

2.6.1 Penanggung Jawab Pengisian Dokumen Rekam Medis

Tempat penerimaan pasien rawat inap yang fungsi dan perannya dalam pelayanan kepada pasien adalah sebagai pemberi pelayanan yang pertama kali diterima pasien/keluarga sehingga baik buruknya pelayanan akan dinilai disini. Selain itu unit rawat inap yaitu dokter dan perawat/tenaga medis lain berperan dalam pertanggungjawaban pengisian dokumen rekam medis pasien saat mulai perawatan sampai dengan selesai perawatan, disini akan diketahui lengkap atau

tidaknya pengisian data rekam medis. Kelengkapan penulisan pada berkas rekam medis merupakan suatu hal yang penting. Rekam medis yang tidak lengkap tidak cukup memberikan informasi untuk pengobatan selanjutnya ketika pasien datang ke sarana pelayanan kesehatan tersebut.

2.7 Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan professional akibat penyakit tertentu, dimana pasien diinapkan disuatu ruangan di RS berdasarkan rujukan dari suatu pelaksanaan pelayanan kesehatan atau RS pelaksanaan pelayanan kesehatan lain.

Rawat Inap adalah ruang tempat pasien dirawat, pelayanan kesehatan perorangannya yang meliputi observasi, diagnosis, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medis dengan menginap diruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap (Pitauli, 2001).